

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У МЕДСЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ

О.Ю. Смирнова, А.В. Худяков

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Изучению психологической стороны работы специалистов, по роду своих занятий непосредственно контактирующих с людьми, в том числе и медицинских работников, посвящено много исследований. Одним из аспектов таких исследований является изучение феномена «эмоционального выгорания» как защитной психологической реакции на чрезмерные эмоциональные нагрузки. Большая часть работ посвящена определению этого феномена у врачей различных специальностей и разработке рекомендаций по его профилактике и коррекции. Вместе с тем появились исследования в области развития «синдрома эмоционального выгорания» (СЭВ) у медицинских сестер [2, 6]. При этом рассматриваются механизмы развития СЭВ у среднего медицинского персонала, факторы риска, как организационного, так и психологического характера. Вместе с тем СЭВ у медицинских сестер, работающих в различных областях медицины, исследован недостаточно. В частности, большой интерес представляет практически не раскрытый вопрос о душевном состоянии медицинских сестер в такой эмоционально затратной области медицины, как психиатрия. Изменения психологического состояния медицинских сестер влияют на их отношение к больным, обращение с больными, а следовательно, на качество оказания психиатрической помощи. В связи с этим представляется актуальным изучение социальных и психологических характеристик у медицинских сестер психиатрических учреждений, для того чтобы оптимизировать их работу, сформировать положения по профилактике эмоционального выгорания и коррекции этих проявлений у специалистов среднего звена.

Согласно определению ВОЗ (2001), «синдром выгорания» (burnout syndrome) – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной под-

верженностью соматическим заболеваниям. СЭВ считается долговременной стрессовой реакцией, возникающей в ответ на чрезмерные для человека производственные и эмоциональные перегрузки, связанные с его профессиональной деятельностью. В литературе термины «синдром эмоционального сгорания» (СЭС) и СЭВ часто употребляются как синонимы. Р. Кочюнас [3] называет «синдром сгорания» «сложным психофизиологическим феноменом, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение из-за продолжительной эмоциональной нагрузки». В.В. Макаров [4] дает краткое определение «синдрому сгорания», который «характеризуется эмоциональным, когнитивным и физическим истощением, вызванным длительной перегрузкой». «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко [1] определяет как механизм психологической защиты личности «в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергии) в ответ на психотравмирующие воздействия». По В.В. Бойко, эмоциональное выгорание является приобретенным стереотипом эмоционального (чаще профессионального) поведения, автор относит его к адаптивному механизму, позволяющему человеку экономно расходовать энергетические ресурсы.

В.В. Постнов [5] выделяет проявления, относящиеся к астеническому кругу: эмоциональное и физическое истощение, бессонница, раздражительность, усталость, утомляемость, отсутствие аппетита; группу тревожных и депрессивных проявлений и группу разнообразных психосоматических расстройств. С. Maslach [7] указывает на чувство изнеможения (невозможность отдаваться деятельности как прежде), эмоциональное и физическое истощение, дегуманизацию – «потерю чувства клиента», негативное отношение к клиентам, потерю интереса к работе и недостаток профессионального мастерства. В.В. Бойко [1] при определении динамики эмоционального выгорания выделяет три фазы становления синдрома. Первая фаза – фаза «напряжения» включает в себя следующие симптомы: «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенность собой», «загнанность в клетку», «тревога и депрессия». Вторая фаза – фаза «резистенции» содержит более или менее успешные

попытки оградить себя от неприятных впечатлений. Третья фаза – фаза «истощения» характеризуется более или менее выраженным падением энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым качеством личности. Вычленение указанных фаз имеет условный характер.

Целью проведенного нами исследования явилось изучение проявлений СЭВ у медицинских сестер различных психиатрических учреждений Ивановской области, связи его развития с рядом социально-психологических аспектов работы и личностных характеристик, а также выработка путей профилактики и коррекции.

Обследование проводилось во время обучения медицинских сестер на сертификационных циклах по специальности «Сестринское дело в психиатрии» на базе кафедры восстановительной медицины, психиатрии, психотерапии, наркологии и наркологии детского возраста факультета дополнительного профессионального последиplomного образования ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава». Для этого было проведено анонимное анкетирование 56 медицинских сестер (55 женщин и одного мужчины – медбрата, поэтому гендерные различия в исследовании не учитывались). Анкетированные также тестировались на выявление СЭВ по методике В.В.Бойко, их личностные характеристики определялись с помощью многофакторного личностного опросника Р. Кеттелла (30 человек). Обследование проводилось в два этапа. Первый – на 2-3-й день обучения заполняли анонимную анкету для среднего медицинского персонала и выполняли тест В.В. Бойко для определения СЭВ и тест Кеттелла. Второй – на завершающем этапе цикла обучения снова выполняли тест В.В. Бойко для определения СЭВ. Это повторное исследование проводилось для того, чтобы оценить влияние обучения на уменьшение проявлений «выгорания», поскольку в изучаемые на цикле темы вводились вопросы сохранения душевного здоровья и профилактики развития СЭВ.

При оценке наличия СЭВ мы считали синдром формирующимся или сформировавшимся, если имелись соответствующие показатели хотя бы по одной из фаз синдрома. В целом прояв-

ления синдрома эмоционального выгорания были представлены следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Проявления СЭВ у обследованных

Показатель	СЭВ отсутствует		СЭВ формируется		СЭВ сформирован		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Фаза напряжения	45	80,4	10	17,8	1	1,8	56	100
Фаза резистенции	15	26,8	28	50,0	13	23,2	56	100
Фаза истощения	42	75,0	12	21,4	2	3,6	56	100
Общая характеристика синдрома	13	23,2	30	53,6	13	23,2	56	100

Как видно в табл. 1, в целом проявления СЭВ были распространены среди медсестер психиатрических учреждений. Чуть менее чем у четверти обследованных (23,2%) СЭВ отсутствовал, и у такого же числа был полностью сформирован. Примерно у половины (53,6%) обследованных синдром находился в процессе формирования. Интересно распределение синдрома по конкретным фазам его формирования. Так, фазы напряжения (первая) и истощения (третья) имели примерно одинаковую распространенность. У большинства медсестер эти синдромы отсутствовали – 80,3 и 75%, сформированы были у небольшого числа обследованных – 1,8 и 3,6%. Синдром резистенции (вторая фаза) отсутствовал только у 26,8%, сформировавшийся наблюдался у 23,2%. Таким образом, вопреки сложившемуся мнению о последовательности развития фаз СЭВ, в нашем случае мы наблюдали более редкую представленность первой фазы – фазы напряжения, чем второй фазы – фазы резистенции.

Обследованные медицинские сестры следующим образом распределялись по подразделениям психиатрических учреждений (табл. 2). Мы проанализировали соотношение наличия и фазы СЭВ у медсестер в зависимости от места их работы. Ввиду того, что в некоторых подразделениях число обследованных мало (1-2 человека), выявить какие-то статистические закономерности не удастся. Однако можно отметить, что уровень распространенности формирующегося синдрома очень высок у сотрудников подразделений с самым большим числом обследованных – мужских

и женских психиатрических отделений и интернатов (от 68,3 до 77,8%). Высокий уровень сформировавшегося СЭВ (40%) зарегистрирован у медсестер амбулаторного звена.

Таблица 2

Распределение медсестёр по месту работы

Подразделение психиатрического учреждения	абс.	%
Мужские психиатрические отделения	19	33,9
Женские психиатрические отделения	12	21,4
Психотерапевтическое отделение	2	3,7
Амбулаторные кабинеты ЦРБ и диспансера	5	8,9
Дневной стационар	3	5,3
Детское психиатрическое отделение	2	3,6
Реабилитационное отделение	1	1,8
Бригада скорой психиатрической помощи	1	1,8
Приемный кабинет	2	3,6
Психиатрический интернат	7	16,0
Всего	56	100

Выявить какую-либо зависимость развития фаз синдрома выгорания от стажа работы общего и стажа в психиатрии не удалось. Отмечено, что у всех медсестер, проработавших в психиатрии свыше 31 года, не были сформированы фазы напряжения и истощения синдрома выгорания. Но фаза резистенции была в стадии формирования у 75%.

Была проанализирована связь СЭВ с мотивацией выбора профессии медсестры. Распределение медсестер по мотивам выбора профессии было следующим (могло быть выбрано несколько вариантов), %: интерес к медицине – 55,3, стремление оказывать помощь людям – 51,8, советы других людей – 16,1, семейные традиции – 8,9, проблемы со здоровьем – 3,6, случайно – 3,6. Зависимости мотивации выбора профессии медсестры и развития синдрома выгорания не обнаружено.

Медсестры указали на следующие мотивы выбора специальности (работа в психиатрических учреждениях), %: материальные соображения – 44,6, случайный – 28,6, интерес к психиатрии – 26,8, близость работы к месту жительства – 16,1, по распределению – 3,6. Развитие фазы напряжения от мотивации выбора работы в психиатрии существенно не менялось. Фаза резистенции в стадии формирования также встречалась примерно

одинаково часто. А вот сформировавшаяся фаза резистенции была только у тех сотрудников, кто выбрал место работы случайно или из материальных соображений (табл. 3).

Таблица 3

Распространение фазы резистенции СЭВ
в соответствии с различной мотивацией работы в психиатрии

Мотивация работы в психиатрическом учреждении	СЭВ отсутствует		СЭВ формирует- ся		СЭВ сформиро- ван		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Интерес к психиатрии	5	33,3	10	66,7	–	–	15	100
Материальные соображения	5	19,3	13	50,0	8	30,7	26	100
Близость работы к месту жительства	1	11,2	4	44,4	4	44,4	9	100
Случайный выбор	4	25,0	9	56,3	3	18,2	16	100
Распределение	1	50,0	1	50,0	–	–	2	100

Хотя полученные данные не являются статистически достоверными, в табл. 3 отчетливо видно, что сформировавшийся СЭВ в фазе резистенции отсутствует у медсестер, выбравших работу в психиатрии на основе интереса к специальности или по распределению. Сформировавшаяся фаза резистенции (от 18,2 до 44,4%) была только у медсестер, выбравших работу в психиатрии из «меркантильных соображений»: более высокая зарплата и большой отпуск, близость места работы к дому, а также оказавшихся в психиатрии случайно.

При оценке фазы истощения таких явных закономерностей не было выявлено. Однако сформировавшаяся фаза истощения была только у двух медсестер (7,6%), выбравших психиатрию из материальных соображений.

Таким образом, можно сказать, что выбор, основанный на интересе к специальности, препятствует развитию фазы резистенции СЭВ, что может говорить о меньшей степени выраженности психологической защиты у специалистов, работающих с интересом.

Следующим исследованным параметром была степень удовлетворенности работой и планы по ее сохранению или перемене.

По этим позициям медицинские сестры распределились следующим образом (табл. 4).

Таблица 4
Распределение медсестёр по степени удовлетворённости работой

Характер удовлетворенности работой	абс.	%
Полностью удовлетворены	41	73,3
Частично удовлетворены и сменили бы работу при возможности	11	19,6
Не удовлетворены, но ничего не хотят менять	3	5,3
Не удовлетворены и сменяют работу при первой возможности	1	1,8
Всего	56	100

По мере неудовлетворенности работой начинает нарастать фаза напряжения СЭВ – частота формирующегося синдрома растет от 12,2% у тех, кто полностью удовлетворен работой, до 27,3% у частично удовлетворенных ($p < 0,05$) и 66,7% у полностью неудовлетворенных ($p < 0,05$). Фаза резистенции в стадии формирования распространена примерно одинаково у тех, кто полностью удовлетворен работой, и у тех, кто удовлетворен частично. Однако представленность сформированного синдрома в фазе резистенции растет по мере нарастания неудовлетворенности работой – от 14,6% у полностью удовлетворенных работой до 36,4% у удовлетворенных частично ($p < 0,05$) и 100% у полностью неудовлетворенных и не собирающихся ничего менять.

При исследовании причин неудовлетворенности выбранной профессией каких-либо взаимосвязей с формированием фаз СЭВ выявлено не было. На отсутствие причин неудовлетворенности работой указали только 10,6% обследованных. Самой частой причиной называлась недостаточная оплата труда – 64,3%, не устраивающие условия труда – 23,2%, и неблагоприятный психологический климат в коллективе – 5,4%.

Причины, вызывающие неудовлетворенность работой, и их распространенность у медсестер, рассмотрены в табл. 5 (могли выбираться несколько вариантов).

Как видно в табл. 5, только у 23,0% обследованных не было причин для неудовлетворенности своей работой с психически больными. Как более частые причины неудовлетворенности указаны большие психологические перегрузки, непредсказуемое поведение больных, большой объем работы, высокая ответственность. Как положительный фактор мы рассматриваем то, что

никто из медсестер не указал такие причины, как страх перед психически больными, раздражение, вызываемое больными, брезгливость.

Таблица 5

Распределение медсестер по характеру причин
неудовлетворенности содержанием работы

Причины неудовлетворенности содержанием работы	абс.	%
Высокая ответственность	7	12,5
Большие психологические перегрузки	18	30,0
Большой объем работы	8	14,3
Неспособность быстро принимать решения и организовывать больных	1	1,8
Непредсказуемое поведение больных	11	19,6
12-часовой рабочий день	3	5,3
Другое	5	8,9
Отсутствие причин неудовлетворенности	13	23,0

Можно отметить более высокий уровень формирующейся фазы напряжения у медсестер, указавших на высокую ответственность в работе – 51,2%. У тех медсестер, которые считали, что у них нет причин для неудовлетворенности содержанием работы, фаза напряжения СЭВ отсутствовала. Фаза резистенции более выражена у медсестер, страдающих от больших психологических перегрузок и большого объема работы. Фаза формирующегося синдрома резистенции у них была выявлена в 72,2 и 62,5% против 30,8% у тех, кто никаких причин для неудовлетворенности не имел. Самый высокий уровень сформировавшегося синдрома резистенции отмечен у тех, кто выбрал в качестве причины непредсказуемость поведения больных. Существенных различий в развитии фазы истощения не отмечено. У подавляющего большинства медсестер, не имеющих причин для неудовлетворенности (92,3), эта фаза синдрома отсутствует.

Развитие СЭВ нередко бывает связано с психологической обстановкой в коллективе. В целом у большей части медсестер отношения в коллективе были хорошими. Примерно у одной пятой части не складывались отношения с кем-либо из членов коллектива или с руководством. Вопреки существующим в литературе мнениям о связи межличностных отношений в коллективе и развитием СЭВ, мы такой связи не обнаружили. Возмож-

но, это объясняется небольшой выборкой обследованных, или их недостаточной откровенностью, несмотря на анонимность анкетирования.

В разделе тактики общения с больными в действительности оценивалась позиция медсестер по отношению к больным (табл. 6).

Таблица 6
Распределение медсестер по тактике общения с больными

Тактика общения с больными	абс.	%
Равноправные отношения	18	32,1
Доминирование медперсонала	24	42,9
«Пациент всегда прав»	5	8,9
Отношения с больными разные в зависимости от индивидуального пристрастия	4	7,2
Не отмечено	5	8,9
Всего	56	100

Прежде всего, обращает на себя внимание, что самой большой группой оказалась группа доминирования медперсонала над больными – 42,9%. Отчасти это связано с распространенным представлением о беспомощности психически больных, невозможности самостоятельно решать свои проблемы, в связи с чем больные нуждаются в опекающей позиции медиков. Кроме того, такая позиция облегчает работу медсестер. Равноправную позицию выбрала примерно треть медсестер – 32,1%. Очень небольшая группа медсестер заняла позицию «пациент всегда прав». Еще меньшая группа относилась к больным дифференцированно: были любимчики и неприятные больные. Между развитием фазы напряжения и позицией медсестер по отношению к больным зависимости не было выявлено. Не было так же выявлено зависимости между этим параметром и фазой истощения.

Данные о развитии фазы резистенции СЭВ и ее соответствия позиции медсестер по отношению к пациентам представлены в табл. 7. У медсестер с доминированием над больными был самый низкий процент отсутствия фазы резистенции СЭВ и, соответственно, самый высокий процент лиц с формирующимся и сформировавшимся синдромом в совокупности – 87,5%. Самой «здоровой» оказалась позиция «пациент всегда прав», у медсестер с этой позицией отсутствовали фаза напряжения и истоще-

ния, фаза резистенции в стадии формирования была только у одного человека (20,0%). Данные не являются статистически достоверными из-за небольшого числа выборки.

Таблица 7

Распространение фазы резистенции СЭВ
у медсестер с различной тактикой по отношению к больным

Тактика по отношению к больным	СЭВ отсутствует		СЭВ формируется		СЭВ сформирован		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Равноправные отношения	6	33,3	6	33,3	6	33,3	18	100
Доминирование медперсонала	3	12,5	14	58,3	7	29,2	24	100
«Пациент всегда прав»	4	80,0	1	20,9	–	–	5	100
Отношения с больными разные в зависимости от индивидуального пристрастия	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	100
Не отмечено	1	20,0	4	80,0	–	–	5	100

Для оценки связи СЭВ и личностных особенностей медсестер было проведено исследование личностных особенностей 30 медсестер с помощью личностного опросника Кеттелла. Показатели каждого из 16 факторов сравнивались с показателями каждой из фаз СЭВ и с общим показателем выраженности синдрома. Данные были обработаны с помощью метода факторного анализа (табл. 8).

При анализе корреляционных связей между личностными факторами и развитием фаз СЭВ сильной положительной или отрицательной связи не было выявлено ни по одному из факторов. Была найдена прямая положительная связь средней интенсивности между выраженностью всех фаз синдрома и фактором «напряженность – релаксация». Лица, склонные к напряженности, фрустрированности, возбудимости, имеют больше шансов к развитию СЭВ, чем люди, умеющие расслабляться и удовлетворяться имеющимися результатами. Показатели фазы напряжения оказались имеющими обратную средней интенсивности связь с личностным фактором «смелость – робость». У людей робких, застенчивых, не уверенных в себе, склонных к сдержан-

ности в проявлении чувств, легче может развиваться фаза напряжения СЭВ.

Таблица 8

Соответствие личностных характеристик и выраженности фаз СЭВ

Личностные факторы	Фаза напряжения СЭВ	Фаза резистентности СЭВ	Фаза истощения СЭВ	Общий показатель СЭВ
Общительность – замкнутость	-0,32	-0,07	-0,08	-0,18
Ограниченное мышление – сообразительность	-0,18	-0,15	-0,14	-0,17
Эмоциональная устойчивость	-0,43	-0,19	-0,31	-0,35
Независимость – подчиненность	0,00	0,09	0,06	0,05
Озабоченность – беспечность	-0,01	-0,21	-0,08	-0,17
Выраженная сила «Я» – беспринципность	0,11	-0,28	-0,08	-0,13
Смелость – робость	-0,47	-0,28	-0,28	-0,38
Податливость – жестокость	-0,26	-0,24	-0,48	0,34
Подозрительность – доверчивость	0,29	0,15	0,37	0,28
Непрактичность – практичность	-0,28	-0,30	-0,43	-0,38
Гибкость – прямолинейность	0,14	0,03	0,02	0,07
Тревожность – спокойствие	0,25	0,21	0,20	0,25
Радикализм – консерватизм	-0,04	-0,05	0,07	-0,01
Самостоятельность – внушаемость	0,02	0,00	0,15	0,03
Высокий – низкий самоконтроль	0,09	-0,20	-0,14	-0,11
Напряженность – релаксация	0,57	0,57	0,58	0,65

Отмечено, что показатели развития фазы резистентности ни с какими факторами, кроме фактора «напряженности – релаксации», ни прямой, ни обратной связи не имели. Это позволяет нам сделать предположение, что фаза резистентности в данном случае выступает как проявление психологической защиты личности, не зависит напрямую от личностных характеристик и является скорее универсальным механизмом. Показатели фазы истощения имели обратную средней интенсивности связь с фактором «податливость – жестокость», признаки истощения легче

развивались у людей слабых, мечтательных, зависимых и непрактичных. Была выявлена прямая связь средней интенсивности фазы истощения с фактором «подозрительность – доверчивость». Недоверчивые и сомневающиеся люди были склонны к большему истощению. И наконец, развитие фазы истощения имело обратную связь средней интенсивности с показателем «непрактичность – практичность». Более склонны к развитию фазы истощения люди, тщательно выполняющие свою работу, управляемые внешними обстоятельствами.

Таким образом, подводя итоги, можно сказать, что у медсестер психиатрических учреждений распространено развитие СЭВ. В отличие от существующей динамики развития фаз синдрома у них преобладает фаза резистенции. Развитие СЭВ у медсестер психиатрических учреждений зависит от мотивации выбора работы в психиатрии, от удовлетворенности работой и позиции, занимаемой медсестрами по отношению к пациентам. Обнаружена связь развития СЭВ у медицинских сестер с рядом личностных характеристик. Наиболее выраженная в структуре синдрома фаза резистенции имеет связь только с фактором «напряжения и релаксации», с другими факторами достаточных корреляционных связей обнаружено не было, что может говорить об универсальном характере ее развития как проявления механизмов психологических защит при работе с душевнобольными пациентами.

В процессе обучения медсестер на сертификационном цикле в программу мы включали вопросы механизмов развития и клиники СЭВ, вопросы профилактики этого синдрома. В частности, рассматривались глубинные психологические механизмы сохранения личностью психического и психологического здоровья: вопросы принятия себя и окружающей реальности, перфекционистских установок, права на ошибку, жизненных смыслов, выбора, ответственности и др.

В последний день цикла проводилось повторное выполнение теста эмоционального выгорания по В.В. Бойко. В результате были получены следующие данные: проявления синдрома уменьшились у 46,3, усилились у 38,9, остались без изменений у 14,8%. Конечно, эти показатели очень неоднозначны, но тем не

менее, почти у половины медсестер, обучающихся на цикле, проявления синдрома уменьшились.

Мы считаем, что профилактика СЭВ и коррекционные мероприятия у медицинских сестер психиатрических учреждений требуют дальнейшей разработки и должны быть комплексными. К числу мероприятий относятся следующие: занятия или беседы с поступающими на работу новыми сотрудниками, обсуждение реальных трудностей и типичных фрустрирующих ситуаций, возникающих при общении с больными и их родственниками; обучение сотрудников техникам преодоления этих проблем, навыкам коммуникации с больными и их родственниками; регулярные собрания и конференции с персоналом и обсуждение специфики работы с больными конкретного отделения. После критических ситуаций должен быть проведен дебрифинг, основная цель которого – купировать чувство вины, неадекватные реакции на случившееся и восстановление эффективности работы.

Кроме того, мы считаем, что основным в профилактике СЭВ у сотрудников психиатрических учреждений является изменение стиля лечебного процесса. Внедрение реабилитационных технологий – средство профилактики «выгорания» персонала.

Литература

1. *Бойко В.В.* Энергия эмоций; 2-е изд., доп. и перераб. СПб.: Питер, 2004. 474 с.
2. *Ипатова О.В.* Может ли медсестра «не гореть» на работе? // Сестринское дело. 2004. № 4-5. С. 23-25.
3. *Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования. М.: Академический проспект, 1999. 240 с.
4. *Макаров В.В.* Избранные лекции по психотерапии. М.: Академический проспект, 1999. 416 с.
5. *Постнов В.В., Дереча В.А., Карпец В.В.* Профилактика синдрома эмоционального сгорания у врачей психиатров-наркологов: пособие для врачей и психологов. М.; Оренбург, 2003. 32 с.
6. *Хетагурова А.К.* Профессиональное выгорание // Сестринское дело. 2004. № 4-5. С. 21-22.
7. *Maslach C.* Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon // *Job Stress and Burnout*. Beverly Hills: Sage. 1982.